

Shasta Head Start Evaluación del Desarrollo de la Salud y Nutrición

Nombre de la Mujer Embarazada	Fecha de Nacimiento de la Mujer	Edad	Fecha
Nombre del Niño Matriculado	Matriculado Prenatal	Sitio	
	Sí No		
Trabajadora Familiar/Visitante de Casa		Fecha de Parto	

Cuestionario prenatal

1. ¿Está usted recibiendo cuidado prenatal?	SÍ NO	Si respuesta es no, ofrezca CPSP la lista "Proveedor OB". Se proveerá información del desarrollo del feto provisto en el paquete prenatal.
2. Si respuesta es sí, dónde (doctor o clínica)		Número de teléfono: _____ Fecha de la última visita: _____
3. ¿Le gustaría información de clases sobre el parto?	SÍ NO	Si respuesta es sí, ofrezca la lista de recursos.
4. ¿Usted está considerando amamantar a su bebe?	SÍ NO	Se proveerá Información sobre amamantar en el paquete. Refiérase a WIC para más información.
5. ¿Le gustaría información sobre la cesación de fumar para usted o para alguien más de la familia?	SÍ NO	Si respuesta es sí, ofrezca información sobre recursos locales.
6. ¿Le gustaría alguna información sobre el efecto del alcohol y/o de drogas para usted o alguien en su familia?	SÍ NO	Información sobre el alcohol/drogas en el paquete prenatal.
7. ¿Durante su embarazo usted ha experimentado un aumento de sentimientos de tristeza u otros cambios emocionales significativos?	SÍ NO	Si respuesta es sí, contactar la Gerente de la Salud Mental.
8. ¿Si este no es su primer niño, se sintió deprimida después de su parto anterior?	SÍ NO	Si respuesta es sí, contactar la Gerente de la Salud Mental.
9. ¿Usted recibe cupones de WIC para usted misma?	SÍ NO	Verifique la elegibilidad, refiérase a WIC.
10. Si usted no está recibiendo cupones de WIC para usted misma, ¿Le gustaría ser referida al programa de WIC?	SÍ NO	Si respuesta es SÍ, verifique la elegibilidad. Anime a la familia a llamar para hacer una cita. <u>Si la respuesta es NO y la mamá está matriculada en el programa prenatal en EHS, refiérase a la agencia R.D. para consejos de nutrición.</u>
11. ¿Está usted interesada en matricular a su niño en el programa de Early Head Start?	SÍ NO	Si su respuesta es sí, TF/VC refiérase al personal de EHS.
12. ¿Este embarazo es considerado de alto riesgo?	SÍ NO	Describa:
13. ¿Cuándo fue su último examen dental?		

DISPONIBILIDAD DE ALIMENTO/EQUIPO/PROGRAMAS DE FINANCIAMIENTO PARA LA ASISTENCIA DE ALIMENTOS

(Si otro miembro de su familia está matriculado en Head Start y ya le hicieron estas preguntas, **nomás conteste preguntas #2 y #3**)

1. ¿Le gustaría recibir estampillas de comida?	SÍ NO	Verifique la elegibilidad. Refiera al Departamento de Bienestar.
2. ¿Quiere usted información sobre cómo hacer rendir más el dinero para su presupuesto de comida?	SÍ NO	Ofrezca consejos sobre cómo manejar el presupuesto apropiado para la comida. Póngase en contacto con la Asistente de Nutrición para ideas, si lo necesita.
3. ¿Le hace falta alguna cosa para preparar las comidas de su familia? Marque las cosas que le faltan: <input type="checkbox"/> Estufa <input type="checkbox"/> Horno <input type="checkbox"/> Refrigerador <input type="checkbox"/> Fregadero <input type="checkbox"/> Agua de llave <input type="checkbox"/> Platos <input type="checkbox"/> Utensilios para comer <input type="checkbox"/> Ollas o cazuelas	SÍ NO	Posibles programas de asistencia se encuentran en "La Guía de Recursos de la Comunidad" vía los Servicios Sociales de Head Start

Comentarios: